

**PEDIATRIC HISPANIC SEASONAL FLU**

Nombre del Estudiante (Apellido)	(Nombre)	(Inicial 2 ó Nombre)	Fecha de Nacimiento del Estudiante: Mes            día            año	
Nombre del Padre o Tutor Legal (Apellido)	(Nombre)	(Inicial 2 ó Nombre)	Edad del Estudiante	Sexo del Estudiante <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer
Dirección:			Teléfono del Padre o Tutor Legal durante el día:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:		
Nombre de la Escuela:			Grado:	

**CONSENTIMIENTO PARA VACUNACION DEL NIÑO:**

He leído y me han explicado la información sobre la Declaración de la Vacuna para la vacuna contra la influenza y entiendo los riesgos y beneficios.

Autorizo al departamento de salud del Estado/Local y a su personal para que le administren la vacuna a mi hijo, cuyo nombre fue indicado al comienzo de este formulario.

Firma del padre o tutor legal \_\_\_\_\_

Fecha:    mes \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

- SI      NO    1. ¿Su Hijo tiene una alergia grave a los huevos?
- SI      NO    2. ¿Su hijo tiene alguna otra alergia grave? Por favor indique:
- SI      NO    3. ¿Su Hijo ha tenido alguna vez una reacción grave a una dosis previa de la vacuna    contra la influenza?
- SI      NO    4. ¿Su hijo ha tenido alguna vez el síndrome de Guillian-Barre (un tipo de debilidad muscular temporal grave) dentro de las 6 semanas después de haber recibido la vacuna contra la influenza?

**For Clinic use Only**    Clinic Name: **Bartholomew County Health Department**

**VFC**

**Sanofi: 6 to 35 mos.**  
U4482BA

**Sanofi: 36 mos. To 18 yrs.**  
UH712AA            UH7121AB

**MedImmune**  
MIST AH2140

**PRIVATE**

**Sanofi: 6 to 35 mos.**  
U4488EA

**Sanofi: 36 mos. To 18 yrs.**  
U4481CB

**MedImmune**  
MIST AH2139

Date Vaccinated \_\_\_\_\_ RAIM   RLIM   LAIM   LLIM

Given by: \_\_\_\_\_ Registered Nurse